

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

SYNDROM VYHOŘENÍ BURN-OUT SYNDROM

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-1004

Autor:

Kamila BEČVÁŘOVÁ

Podpis:

.....

Vedoucí práce: PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
46	6	0	6	24	2

V Liberci dne: 27. 04. 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila BEČVÁŘOVÁ**
Osobní číslo: **P09000588**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Syndrom vyhoření**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Popsat problematiku syndromu vyhoření se zaměřením na osoby pracující sá drogově závislými a zjistit výskyt syndromu u těchto osob.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HAWKINS, Peter. Supervize v pomáhajících profesích. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALLWASS, Angelika. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. 1. a vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. aá přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22 -04- 2011

Čestné prohlášení

Název práce: Syndrom vyhoření

Jméno a příjmení autora: Kamila Bečvářová

Osobní číslo: P09000588

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 27. dubna. 2012

Kamila Bečvářová

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Heleně Kalábové, Ph.D. za odborné vedení, připomínky a v neposlední řadě za vstřícnost při tvorbě mé bakalářské práce. Dále děkuji všem osobám, které se podílely na výzkumu v praktické části. Závěrem bych ráda poděkovala všem svým blízkým za trpělivost.

V Liberci dne: 27. dubna. 2012

Název bakalářské práce: Syndrom vyhoření

Jména a příjmení autora: Kamila Bečvářová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2011/2012

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala syndromem vyhoření u pracovníků drogových služeb. Cílem práce bylo popsat problematiku syndromu vyhoření a zjistit výskyt syndromu vyhoření u osob, pracujících s drogově závislými jedinci. Teoretická část se za použití odborných zdrojů zabývá vymezením základních pojmů vztahujících se k syndromu vyhoření, jeho příčinami, projevy, s důrazem na prevenci syndromu vyhoření. Dále se věnuje oblasti drogových závislostí, se zaměřením na poskytované služby. Praktická část zjišťovala prostřednictvím dotazníku výskyt syndromu vyhoření u osob, pracujících s drogově závislými a rozsah prevence tohoto jevu z jejich strany.

Klíčová slova:

syndrom vyhoření, pomáhající profese, syndrom pomocníka, drogová závislost, uživatelé drog, drogové služby, prevence, supervize

Title of the bachelor thesis: Burn-out syndrome

Author: Kamila Bečvářová

Academic year of the bachelor thesis submission: 2011/2012

Supervisor: PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

Summary:

The bachelor project is focused

The Bachelor thesis deals with the burnout syndrome at social workers, who work with drug addicts. The aim of the thesis was to describe a phenomenon of burnout and to find out an occurrence of the burnout at social workers who work with drug addicts. The theoretical part is focused on definition of key concepts related to the burnout, its causes, symptoms and prevention of the burnout syndrome emphasized, with use of expert sources. The theoretical part deals also with areas of drug addictions, focusing on provided services. The empirical part is based on a research of occurrence of the burnout syndrome at social workers, who work with drug addicts and an extent of the burnout prevention on their part, using questionnaires.

Key Words:

burn-out syndrome, helping profession, the Helper Syndrome drugs addiction, drug users, drug services , prevention, supervision

OBSAH

ÚVOD.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM GRAFŮ.....	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	2
1SYNDROM VYHOŘENÍ.....	5
1.1 POPIS SOUČASNÉHO STAVU A VYMEZENÍ POJMŮ.....	5
1.2 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	8
1.3 FÁZE VÝVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	9
1.4 PŘÍČINY VZNIKU.....	11
1.4.1VNĚJŠÍ PODMÍNKY.....	11
1.4.2VNITŘNÍ PODMÍNKY.....	12
1.5 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	14
1.5.1 DIAGNOSTIKA.....	14
1.5.2 LÉČBA.....	16
2 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG.....	17
2.1 VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ.....	17
2.2SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG.....	19
2.2.1ČLENĚNÍ SLUŽEB DLE RESORTU.....	19
2.2.2DRUHY SLUŽEB.....	21
2.3OKRUH PRACOVNÍKŮ.....	22
2.4SPECIFIKÉ FAKTORY SLUŽEB VE VZTAHU K SYNDROMU VYHOŘENÍ..	24
3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	25
3.1PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ.....	25
3.2SUPERVIZE.....	29
4 SHRUTÍ.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	34
5.1STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ.....	34
6 POUŽITÉ METODY.....	34
7 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU.....	35
8 PRŮBĚH PRŮZKUMU.....	35
9 ZÍSKANÁ DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	36
10 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI A OVĚŘENÍ STANOVENÝC PŘEDPOKLADŮ.....	43
ZÁVĚR.....	44
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	46
SEZNAM PŘÍLOH.....	48

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BM – Burnout measure

EMCDDA

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: druhy služby	39
Tab. 2: pohlaví	39
Tab. 3: věk	40
Tab. 4: délka praxe.....	41
Tab. 5: vzdělání.....	42
Tab. 6: BM výsledek.....	43

SEZNAM GRAFŮ

Graf. 1: druhy služby	39
Graf. 2: pohlaví	39
Graf. 3: věk	40
Graf. 4: délka praxe	41
Graf. 5: vzdělání	42
Graf. 6: BM výsledek.....	43

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je syndrom vyhoření se zaměřením na osoby, pracující s drogově závislými. Téma bylo zvoleno s ohledem na třináct let praxe autorky v Kontaktním centru pro drogové závislosti.

Když jsem před lety nastupovala do K-centra, řekl mi při úvodním pohovoru můj budoucí zaměstnavatel, lékař-psychiatr: „Teď jsi nadšená a plná energie, ale počkej za deset let. V oblasti závislostí nikdo déle nevydrží“. V tu chvíli mě to hrozně pobouřilo. Říkala jsem si, že mně se to nestane. Uvědomuji si, že pro výkon jakéhokoliv povolání nestačí pouze nadšení, ale jsou třeba určité dovednosti a vědomosti. Proto jsem také po nástupu do zaměstnání absolvovala nejrůznější vzdělávací kurzy a výcviky. Tam jsem se také poprvé setkala s termínem syndrom vyhoření. Dozvěděla jsem se jak mu předcházet, ale jeho přesný význam jsem plně nechápala. Možná to bylo tím, že jsem měla velkou chuť pomáhat a neuvědomovala si rizika. Možná tím, že se na seminářích věnovala velká pozornost prevenci syndromu, ale moc se nezmiňovaly příčiny nebo vůbec samotné vysvětlení pojmu. Domnívám se, že je velmi důležité při vzdělávání tuto problematiku pojímat komplexně. Vysvětlovat jednotlivé fáze syndromu vyhoření a jeho projevy, příčiny jeho vzniku, rizikové skupiny lidí a profesí a samozřejmě také prevenci a léčbu. Pokud budou lidé v pomáhajících profesích znát rizika, mohou snáze syndromu vyhoření předcházet. A budou-li znát jeho jednotlivé fáze, mohou si uvědomit, jestliže u nich k syndromu došlo, v jaké fázi se nacházejí a včas zahájit boj s ním.

Cílem předložené bakalářské práce je sumarizovat poznatky, týkající se syndromu vyhoření, se zaměřením na osoby, které pracují s uživateli drog.

Předmětem bádání bakalářské práce je prokázat výskyt syndromu vyhoření u pracovníků, kteří jsou zaměstnáni v organizaci poskytující služby drogově závislým jedincům.

Bakalářská práce vychází z hlavního předpokladu, že u více než 30 % osob, pracujících s touto specifickou klientelou, bude zjištěn výskyt syndromu vyhoření. Dalším předpokladem je, že více jak 70% výše uvedených, i přes teoretické znalosti, nevykonává prevenci syndromu vyhoření. Pro ověření předpokladu byla pro

předloženou bakalářskou práci zvolena metoda dotazníkového šetření, technika dotazníku, jedná se o kvantitativní výzkum.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce se autorka zabývá pojmy, kterými jsou syndrom vyhoření, z důvodu syndromu vyhoření u pracovníků v péči o drogově závislé se dále tato část věnuje systému péče o uživatele drog, další kapitola je zaměřena na prevenci syndromu vyhoření. V praktické části práce je prostřednictvím vzorku respondentů, tvořeném pracovníky kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog, cílem zjistit pomocí kvantitativního výzkumu přítomnost syndromu vyhoření u výše uvedených v závislosti na vykonávané profesi, pohlaví, věku, vzdělání, délky praxe pomocí standardizovaného dotazníku Burnout Measure (dále BM). Dílčím cílem je zjistit, jaké mají pracovníci povědomí o prevenci syndromu vyhoření a zdali ji uskutečňují.

Shromážděné informace a získané poznatky mohou sloužit ke studijním účelům, případně k dalšímu zkoumání problematiky spojené se syndromem vyhoření. Další možnost výzkumu lze zaměřit na porovnání míry syndromu vyhoření u pracovníků mezi jednotlivými druhy služeb poskytovaných uživatelům drog nebo zmapování oblasti prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Text teoretické části je členěn do pěti kapitol, přičemž první kapitola se věnuje syndromu vyhoření. Nejprve je zde uvedeno několik z četných definic syndromu vyhoření. Nejčastěji uváděné jsou definice vymezené na základě popisu jeho projevů, příznaků. Dále se kapitola věnuje profesním skupinám, které jsou náchylné k syndromu vyhoření, označovaným jako pomáhající profese. Jsou zde popsány symptomy, projevující se v jednotlivých oblastech osobnosti jedince, fázování syndromu a v neposlední řadě příčiny vzniku. Následuje shrnutí teoretických poznatků a.

Druhá kapitola se snaží poskytnout přehled systému péče o uživatele drog v ČR, především se zaměřením na služby pro uživatele drog v působnosti sociálního zákona. Dále se kapitola zabývá vymezením vybraných pojmů problematiky drogové závislosti. Jsou uvedeny některé definice, které se váží k těmto pojmům. Kapitola přibližuje okruh pracovníků ve službách a specifika, která mají vliv na vznik a rozvoj syndromu vyhoření.

Třetí kapitola je věnována popisu diagnostiky a léčby. Prostor je zde věnován především preventivním opatřením syndromu vyhoření, s důrazem na supervizi syndromu vyhoření.

V jednotlivých kapitolách, ve většině případů na závěr podkapitoly jsou umístěny poznámky. V poznámkách autorka komentuje problematiku, které byla vlastní stat' věnována, převážně jsou prezentovány poznatky a zkušenosti, získané během praxe.

Navazuje praktická část, tedy provedený průzkum a jeho podrobný popis.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Kapitola se zabývá syndromem vyhoření, který se v současné době dostává do povědomí široké veřejnosti, i když se nejvíce týká pracovníků v pomáhajících profesích. Četnost syndromu vyhoření začíná narůstat obrovským tempem.

2.1 POPIS SOUČASNÉHO STAVU A VYMEZENÍ POJMŮ

Pojem „syndrom vyhoření“ („burnout syndrom, burn-out syndrom“, z angl. burn = hořet, burn out = dohořet, vyhasnout) použil poprvé v odborné literatuře psychoanalytik Herbert Freudenberger v roce 1974. Freudenberger syndrom vyhoření definuje následujícím způsobem: *„Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj enthusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“* (Křivohlavý 1998, s. 49).

Největší vlna zájmu o problematiku syndromu vyhoření vznikla v 70. a 80. letech 20. století a to ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat. Jednalo se především o pomáhající profese. Nyní se syndrom vyhoření jako relativně nový fenomén objevuje v zemích, které procházejí od přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými transformačními změnami, kde syndrom vyhoření rozšiřuje okruh problémů, které souvisejí se zvládáním stresu občanů, kteří se vyrovnávají s důsledky transformačních kroků (Kebza, Šolcová, 2003). V české odborné literatuře se problematika syndromu vyhoření objevovala hlavně v oblasti psychologie, ale v nevelkém rozsahu. V současné době však přibývá odborné české literatury, která se tématu věnuje. Vzrůstá také zájem široké veřejnosti a pojem syndrom vyhoření začíná pronikat i do médií (tisk, televize, internet).

Syndrom vyhoření se většinou váže na pracovní výkon. Obecně lze říci, že postihuje ty jedince, kteří pracují s druhými lidmi, resp., jejichž práce je založena na kontaktu a komunikaci s lidmi. V odborné literatuře lze nalézt různé způsoby nazírání na syndrom vyhoření, stejně tak existují rozmanité definice. To, čím se různí autoři liší, je většinou kladení důrazu na některou ze složek, či hledání příčin. Definici syndromu vyhoření, nahlíženou právě z hlediska práce s lidmi, nabízí například Matoušek (2003a, s. 55) *„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Pracovníkem zde míníme jak profesionála, tak dobrovolníka.“* Vyhoření tedy vzniká na základě

nerovnováhy mezi ideály a skutečností, profesním očekáváním a profesní realitou. Další možností je soustředění se na subjektivní emoční prožívání: Kallwass (2007, s. 9) charakterizuje syndrom vyhoření jako: „*stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.*“

Přestože nalezneme mnoho rozdílných definic, lze v nich vyzorovat společné charakteristické znaky. Jedná se o vyčerpání, které může být psychické a fyzické, společné příčiny, tj. nadměrné nadšení pro povolání, vysoká motivace, velké očekávání a následný střet s realitou. Vyskytuje se u zcela psychicky zdravých lidí. Křivohlavý (1998) uvádí následující společné znaky definic:

- je uváděna řada negativních emocionálních příznaků – charakteristických např. pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese atp.
- důraz je kladen na příznaky a chování lidí, více než na fyzické (tělesné) příznaky burnout
- burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání
- příznaky burnout se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky nenormální osobnosti (psychopaty)
- snížená výkonnost (nižší efektivita práce) při burnout souvisí úzce s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním a ne s nižší kompetencí či z nižších pracovních schopností a dovedností

Ve výčtu společných znaků, se s Křivohlavým shodují též autoři Kebza a Šolcová (2003), ti uvádějí navíc další charakteristický znak, že všechny hlavní složky tohoto syndromu vycházejí z chronického stresu. Definici, která souhrnně obsahuje tyto znaky uvádí Švingalová (2006, s. 57), která vymezuje burnout syndrom takto: „*Syndrom vyhoření je duševní stav, projevující se řadou různých symptomů v oblasti psychické, sociální a tělesné, které tvoří obraz syndromu vyhoření. V poslední fázi vývoje je v popředí vždy prožitek celkového vyčerpání.*“

Syndrom vyhoření bývá nejčastěji zmiňován v souvislosti s „**pomáhajícími profesemi**“. Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185) definuje pomáhající profese jako výraz převzatý z anglického „helping professions“, tedy „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější.*“

Vzájemný vztah mezi pomáhajícími profesemi a syndromem vyhoření lze výstižně ozřejmit následující skutečností: „*Emocionální zátěž pomáhajících pracovníků je vysoká zejména při práci s klienty, jejichž odezva je minimální či nesrozumitelná (lidé s autismem, s mentálním postižením, s duševní nemocí) nebo je jejich chování z hlediska obecné morálky nepřijatelné (pachatelé trestných činů). Velmi náročná je i práce s klienty, kteří jsou v zařízení nedobrovolně, s těžce nemocnými, případně s umírajícími nebo agresivními klienty. Typickým projevem nezvládnutého pracovního stresu u pomáhajících profesí je syndrom vyhoření*“ (Matoušek, 2003, s. 97).

Oblast působení těchto profesí je velmi rozsáhlý. Matoušek (2003) k pomáhajícím profesím řadí následující povolání:

- zdravotnický personál (sestry, lékaři, záchranáři, řidiči sanitek apod.)
- pečovatelé, ošetřovatelé, osobní asistenti
- sociální pracovníci, psychologové, terapeuti
- učitelé, vychovatelé
- policisté, hasiči, právníci

Pomáhající profese kladou na své pracovníky specifické nároky. Počítá se mezi ně fyzická a psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti, empatie. Vysoké nároky mohou paradoxně prohlubovat další jev, který je v souvislosti s danou problematikou často zmiňován tzv. „**syndrom pomáhajících**“ neboli „**syndrom pomocníka**“. Pojem do odborné literatury zavedl německý psycholog Wolfgang Schmidbauer. Podle něj je syndrom pomáhajících „*specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte*“. (Matoušek, 2003, s. 59)

Lze plně souhlasit s Matouškem (2003), že ačkoliv se vzdělávání pracovníků v sociální oblasti stále rozšiřuje, kvůli svému zaměření na praktické dovednosti a etické normy, nepostihuje skryté touhy, úzkosti a potřeby lidí. Současně s hlubším a dlouhodobějším výcvikem doporučuje soustavnou supervizi po celou dobu výkonu pomáhající profese. Pro získání uceleného obrazu, je nutné si uvědomit skutečnost, že emocionální problémy, slabost, bezmocnost, které pomáhají řešit jiným osobám, nejsou přípustné u pomáhajícího profesionála, čímž se syndrom pomáhajícího posiluje. „*Lidské emoce, naše pocity jsou elementární události, které nelze trvale potlačovat bez poškození osobnosti.*“ (Schmidbauer, 2008, s. 73)

2.2 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se váže na pracovní proces, ale v případě, že se rozvine do dalších fází, zasahuje i do soukromého života daného jedince. Je to zapříčiněno tím, že syndrom vyhoření postihuje celou osobnost člověka. Přestože se u každého jedince syndrom vyhoření projevuje individuálně, lze uvést nejčastější příznaky syndromu vyhoření, které se projevují v chování daného jedince, později ve vztazích, pracovních výkonech a celkovém zdraví.

Jednotlivé kategorie oblastí, v nichž se projevují jednotlivé symptomy syndromu vyhoření, uváděné v odborných zdrojích se téměř shodují. Nejčastější klasifikaci příznaků prezentují též Kebza a Šolcová (1998). Rozdělují jednotlivé typické příznaky syndromu vyhoření na tři úrovně, a to psychickou, fyzickou a sociální.

K příznakům, které se mohou projevit na **psychické úrovni** patří např. ty příznaky, kde dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco, již trvá nadměrně dlouho a efektivita v porovnání s vynaloženou námahou je nepatrná, dále může dojít k utlumení celkové aktivity, kreativity, iniciativy a invence, převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, beznaděje, cynismus, hostilita, objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy, klesá zájem o témata související s profesí, dostavuje se negativistické a cynické myšlení, zaměřené zejména vůči klientům dochází k redukci činnosti na rutinní postupy, jedinec intenzivně prožívá pocity sebelítosti a nedostatku uznání

Na **fyzické úrovni** se naopak objevují stavy celkové únavy organismu, ochablosti, apatie, projevy rychlé unavitelnosti, střídané krátkými etapami zotavení, snížená

odolnost organismu vůči nemocím, obtíže vegetativního rázu: dýchání a zažívání, srdeční frekvence, pocit bolestí u srdce, bolesti hlavy a svalů, poruchy spánku, celkové napětí jedince, dostavuje se zvýšení rizika vzniku všech druhů závislosti, může docházet k celkovým změnám rytmu a rychlosti tělesných aktivit.

Příznaky na **sociální úrovni** se týkají celkového útlumu sociability, nezájmu o hodnocení ze strany druhých osob, problémů interpersonálních vztahů např. kolegiální vazby, redukování kontaktů s klienty, narůstající konflikty mezi kolegy, ale i v soukromí, dále může jít o zjevnou nechuť vykonávat profesi a vše, co s ní souvisí, původně vysoká empatie je nahrazena empatií naopak nízkou.

2.3 FÁZE VÝVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se vyvíjí plíživě, často několik let. Je to dlouhodobý proces, který prochází různými stádii. V odborné literatuře jsou popisovány rozličné modely vymezení jednotlivých fází.

Nejčastěji jsou popisovány následující fáze vývoje syndromu vyhoření, které vycházejí z modelu vytvořeného Edelwichem a Brodskym. Na počátku je **nadšení**. Naprostá většina nováčků, vstupujících do některé z pomáhajících profesí, si s sebou do svého prvního zaměstnání přináší velké naděje a nerealistická očekávání. S idealismem a plni elánu a nápadů se vrhají do práce, o které mají zpočátku jen nejasné představy. Velmi často přináší práce takové uspokojení, že se stane nejdůležitější součástí života – nadšený nováček věří, že práce pro druhé naplňuje smysl jeho života a kromě ní už nic nepotřebuje. Největším nebezpečím tohoto stadia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, která se často pojí s dobrovolným přepracováním. Následuje stadium **stagnace**. Počáteční nadšení už dohasíná, práce už není tak přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Člověk už se dostatečně rozkoukal, v mnohém byl realitou nucen slevit ze svých očekávání a začíná mít pocit, že by kromě práce bylo pěkné mít také volný čas, aspoň trochu peněz, auto, přátele, partnera, možná rodinu nebo byt. Těžiště teď tvoří v první řadě snaha uspokojit tyto potřeby, pracovní doba, profesionální vzestup apod. Stagnace pomalu přechází do stadia **frustrace**, charakteristického otázkami po efektivitě vlastní práce a smyslu práce jako takové, protože se pracovník opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. V této fázi se mohou objevit emocionální a fyzické obtíže. Vyskytují se i problémy ve vztazích

na pracovišti, např. s nadřizenými. Nejčastější a přirozenou reakcí na třetí stadium frustrace je **apatie**. Stadium apatie se objevuje v situaci, kdy je člověk při práci trvale frustrován, nemá ale možnost tuto situaci změnit a zároveň tuto práci nutně potřebuje, neboť je na ní jako na zdroji obživy závislý. Apatie se projevuje například tím, že člověk dělá pouze to, co má v náplni práce – na rozdíl od počátečních přesčasů začne přesně dodržovat pracovní dobu, dělá jen to, co je nutné a vyhýbá se novým úkolům (a někdy také klientům, pokud je to možné). Dominuje snaha udržet si jisté místo a příliš se nenamáhat. Jako poslední vymezili autoři stadium **vyhoření** (uváděn též termín **celkové vyčerpání**). V této fázi nastává období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stroji atp.), pocitu ztráty smyslu a vůbec výskyt všech možných projevů syndromu vyhoření.

Rovněž v případě vymezování jednotlivých fází, stádií apod. existuje více pojetí. Pro seznámení lze uvést např. následující dělení dle Schmidbauera (2008), který rozlišuje tyto čtyři fáze:

Počáteční fáze – pokud se jedná jen o slabé náznaky, potlačujeme je. Nadměrná angažovanost je považována za první ze signálů vyhoření. Postižení pracovníci se vzdávají volna, klidu, připadají si nepostradatelní, popírají vlastní potřeby, atd.

Propuknutí – už není možné popírat příznaky, lidé v této fázi reagují zmateně, mezi první signály této fáze patří chronická únava a nechut' pouštět se do práce. Lidé v této fázi prožívají svou práci jako velmi náročnou a zodpovědnou, ale jednu z nejhůře placených.

Fáze slábnutí výkonnosti – Neschopnost koncentrovat se přináší s sebou stále více chyb a opomenutí z nepozornosti. Vytrácí se pracovní angažovanost a je zřejmý odstup od práce. K symptomům z předešlých fází se přidávají i tělesné symptomy a to chronické bolesti zad a kloubů, nespavost, náchylnost k srdečním problémům a k infekcím. Jelikož se krize u lidí v této fázi prohlubuje, zasahuje i jejich soukromý život a vzrůstá riziko nebezpečí zneužívání drog a alkoholu.

Kompenzované vyhoření – Případů pracovníků v této fázi je mnoho. Jedná se především o lidi, kteří slouží dle předpisů a zároveň se snaží svou nedostatečnou angažovanost maskovat tak, že si vymýšlejí různé výmluvy k ospravedlnění se. Závěrečná fáze syndromu vyhoření je už extrémní případ, ale můžeme se setkat s mnoha pracovníky ve fázi kompenzované vyhoření. Pokud je kolektiv neboli tým

angažovaný, je práce potěšením, naopak ve vyhořelém kolektivu se každý těší domů a práci deleguje ostatní

2.4 PŘÍČINY VZNIKU

Co přesně k syndromu vyhoření vede, není jednoznačné. Nejčastěji uváděny jsou konflikty rolí, nedostatek podpory od nadřízených, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchických strukturách, mobbing, vztahové konflikty, velké množství práce ve stěsnaném pracovním rozvrhu, neustále rostoucí odpovědnost a mnoho dalších. Je však důležité a dobré vědět, že ne každá vnější zátěž k syndromu vyhoření vede. Pouze tehdy, když se určité zátěže dotýkají mezi fyzických, duchovních či duševních možností nebo dovedností jedince, dochází k burnout (Kallwass 2007).

Podmínky vzniku syndromu vyhoření je možné rozdělit na vnější a vnitřní. Vnitřní podmínky se týkají osobnosti člověka, jeho osobnostní charakteristiky. Mezi vnější podmínky, které mohou zapříčinit vznik syndromu vyhoření, patří kromě pracoviště, také okolnosti jeho soukromého života ve společnosti, tj. rodina, přátelé. Tedy oblast sociálních vazeb a vztahů.

2.4.1 Vnější podmínky

Mezi další příčiny patří také vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce. Nebezpečí vyhoření se zvyšuje v pracovním prostředí, kde se nevěnuje pozornost potřebám zaměstnanců, jsou na ně kladeny nadměrné požadavky a vysoká míra zodpovědnosti. Kde je nedostatečná komunikace, vládne soupeřivá atmosféra, dochází k nejasnému vymezení kompetencí a odpovědností, je nepřítomna supervize a je nejasný kariérní řád. Dále není dobře, když má pracovník příliš nebo naopak nedostatek svobody. To samé platí také o kontrole. Pokud bude pracovník kontrolován přísně a často, bude to na něj mít negativní vliv a on bude ve stresu. Opačný přístup ke kontrole také není pozitivní - pracovníka frustruje, když se o jeho práci nikdo nezajímá. Je proto důležité najít správnou míru svobody i kontroly. Velmi důležité je i to, aby požadavky na pracovníky byly smysluplné. Pracovník by nikdy neměl ztrácet smysl toho, co dělá. Dalším faktorem jsou problémy s autoritou. Jedná se o situace, kdy veškerá moc je soustředěována v rukách jediné osoby, ale i situace, kdy je moc příliš rozdrobena. Někdy také dochází ke konfliktům mezi formální a osobní autoritou, kdy si zaměstnanci váží více jiného pracovníka, než toho, který je pověřený oficiální autoritou. Určitou roli hraje

i fyzikální prostředí. Negativní vliv mohou mít nedostatečné prostory a osvětlení, hluk, prach, vysoká nebo naopak nízká teplota a další.

Výše uvedené vnější rizikové faktory lze nastavením určitých opatření na pracovišti napravit či zmírnit. Mezi vnější faktor, který má zajisté také velký podíl na možném rozvoji syndromu vyhoření a není tak lehké nastolit jeho změnu, je **hodnocení** dané **profese** okolní společností. Na tuto okolnost je zde upozorněno vzhledem k dlouholeté praxi autorky a vychází z její osobní zkušenosti. Příkladem mohou být pracovníci Kontaktních center pro drogově závislé, kteří se často setkávají s postojem, kterému musí čelit. Jsou, odsuzováni za to, že pomáhají lidem, kteří si pomoc nezaslouží. Zdůvodněním tohoto názoru bývá, že drogově závislý jedinec si ničí sám své zdraví, tak proč by mu měla být poskytnuta odborná péče a ještě k tomu zdarma.

2.4.2 Vnitřní podmínky

Mezi vnitřní příčiny řadíme hlavně jevy, které jsou závislé na osobnosti jedince. K příčinám podmíněným psychickými vlastnostmi, řadíme nedostatek asertivity, reaktivní životní postoj, negativní myšlení, konfliktní role, nedostatek uspokojení s prací, a další. Mezi příčiny, ovlivněné fyzickými vlastnostmi řadíme vliv centrální nervové soustavy, nezdravý životní styl, apod. Např.: vlastností daného jedince je schopnost odolávat nepříznivým podmínkám na pracovišti.

Na základě předchozího členění lze uvést další faktory, podílející se na vzniku syndromu vyhoření. Jde o **faktory rizikové a protektivní**. K vnitřním rizikovým faktorům řadíme náchylnost podléhat např. stresu, schopnost kontroly, úzkostné rysy, negativní efektivitu, nízké sebehodnocení, vyšší senzitivitu. Vnější rizikovým faktorem je chronický stres.

Mezi vnitřní protektivní faktory patří vnitřní psychická pohoda, nezdolnost, osobní kompetence. Vnějšími faktory jsou sociální opora a pracovní autonomie. Švingalová (2006) uvádí, že nízké riziko vzniku syndromu vyhoření se vyskytuje u lidí, kteří:

- mají na pracovišti i v osobním životě sociální oporu
- jsou asertivní
- umí organizovat svůj čas a oddělují soukromý život od pracovního
- umí odpočívat
- usměrňují druh a pestrost své práce
- jsou optimističtí, pozitivně laděni a spokojeni s vlastním životem
- mají v dostatečné míře sebedůvěru a kladně hodnotí sami sebe
- cítí se dostatečně ohodnoceni finančně i společensky ve svém oboru
- odolávají stresu

„Zvýšené riziko syndromu vyhoření přináší již samotný život v současné společnosti, s neustále rostoucím životním tempem (časovým stresem) a tlakem na vysoký a kvalitní výkon člověka. Doba produktivního věku, kdy je člověk zapojen do pracovního procesu prodlužuje. Rostou nároky na adaptaci na společenské změny (např. změny politického systému v postkomunistických zemích) a prudký technický rozvoj.“ (Švingalová, 2006, s. 52)

2.5 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

2.5.1 Diagnostika

„Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány“ (Kebza, 2003, s. 17).

Vzhledem k možnosti výskytu obdobných projevů, je třeba odlišit syndrom vyhoření od jiných negativních psychických stavů. Křivohlavý (1998) uvádí následující negativní jevy. **Stres** je napětí mezi tím, co člověka zatěžuje a zdroji možností, jak tyto zátěže zvládat. Příslušné nástroje, které diagnostikují stresový stav, si všímají řady psychických i fyzických příznaků. Burnout se na rozdíl o stresu, který se může objevit u kohokoli, vyskytuje jen u lidí intenzivně zaujatých jejich prací. Stres se objevuje u kterýchkoli činností, burnout však jen při kontaktu s druhým člověkem, při práci s ním. Stres může přejít do stavu vyhoření, avšak není to pravidlem. **Depresí** a syndromem vyhoření i depresí se zabývá psychologie a psychiatrie, přičemž deprese patří mezi nejčastější nemoci na celém světě. Deprese se objevuje u intenzivně pracujících lidí i u těch, kteří intenzivně nepracují. Mívá úzký vztah k negativním zážitkům z dřívějšíka, což se u vyhoření nestává. Další rozdílem je, že deprese se dá na rozdíl od syndromu burnout léčit s pomocí léků. Vztah mezi těmito dvěma emocionálními jevy je však velice úzký. **Únava** je negativním psychologickým zážitkem, který se vyskytuje i při burnout. Je však na rozdíl od burnout bližší tělesné námaze. Únava po fyzické námaze je vnímána spíše kladně, což se o ní však při výskytu u burnout říci nedá. Bývá totiž v tomto případě pocíťována jako pocit selhání, nedostačivosti. **Odcizení** je druh ztráty normální zákonitosti. Dochází k němu tam, kde lidé pocíťují nedostatek sociálních norem, které jsou přijatelné, mohly by řídit jejich jednání a byly měřítkem určujícím směřování jejich životních hodnot. Opět můžeme pocity odcizení pocíťovat i při burnout a to v jeho posledním stadiu. **Existenciální neuróza** je charakteristická pocitem zplanění života, pocitem naprosté existenční beznaděje. S něčím podobným se můžeme setkat i u lidí při burnout, konkrétně na konci tohoto procesu ve chvíli, kdy jejich snaha selhala, protože překážky byly nepřekonatelné, což způsobilo jejich naprosté zhroucení.

Metody diagnostiky

K nejužívanějším metodám zjištění stupně vyhoření se používá nejrozličnějších dotazníkových šetření, sloužících od orientačního samo vyhodnocení až k odborným vyšetřením. Důležitým prvkem při vyplňování dotazníků je upřímnost respondenta. Jen dotazník, který je vyplněn tak, jak to respondent skutečně cítí, že se věci mají, má skutečnou vypovídací hodnotu a jen tak se může dozvědět pravdu sám o sobě.

Křivohlavý (1998) mezi metodami zkoumání syndromu vyhoření uvádí tři dotazníky:

Orientační dotazník: Autory jsou Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Jedná se o velmi jednoduchou a v praxi vhodnou metodu, díky níž můžeme poznat blížící se stav psychického vyhoření. Jako pozitivum je spatřováno, že dotazník respektuje syndrom vyhoření jako proces a ne jako momentální statický stav.

MBI – Maslach Burnout Inventory : Autorkami jsou C.Maslach a S. Jackson. Dotazník je rozdělen na 3 části a diagnostikuje emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Patří mezi nejčastěji používané metody vyšetření.

BM – Burnout Measure: Tento dotazník byl sestaven autory Ayala Pinesová, Ph. D. a Elliot Aronson, Ph. D. v roce 1980. Českou verzi uvádí Jaro Křivohlavý. Tento dotazník byl vybrán pro výzkumnou část práce, z tohoto důvodu je mu zde věnován větší prostor. Dotazník se skládá z 21 položky, které respondent hodnotí sedmibodovou škálou. Podle Křivohlavého (1998) se standardizovaný dotazník BM zaměřuje na tři různá hlediska celkového vyčerpání, jedná se o následující aspekty:

- **pocity fyzického vyčerpání** – jedná se o pocity únavy, celkové slabosti, pocity ztráty sil atd.;
- **pocity emocionálního vyčerpání** – jedná se o pocity beznaděje, bezvýchodnosti, objevují se pocity jakoby „chycení do pastí“;
- **pocity duševního vyčerpání** – jedná se o pocity ztráty iluzí, ztráty lidské hodnoty, pocity naprosté bezcennosti atd.

Křivohlavý k uvedenému dotazníku píše: „Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Dotazník BM má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná – např. spolupracovník, člen rodiny“.

Hennigův dotazník: C. Hennig publikoval ve své knize „Antistresový program pro učitele“ dotazník, který je z hlediska určení vhodný také jako pomůcka pro sebeuposouzení. Cílem tohoto dotazníku je zodpovědět otázku, do jaké hodnoty jsou stresem postiženy centrální psychofyzické funkce. Dotazník obsahuje 24 výroků. Tyto se zahrnují emocionální, tělesné a sociální a kognitivní účinky stresu a syndromu vyhoření v jednotlivých rovinách. Uvedené výroky jsou posuzovány na pětibodové posuzovací škále od 0 = nikdy, do 4 = vždy. Součtem dílčích výsledků je možno stanovit celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření.

2.5.2 Léčba

Samozřejmě, jako v každém oboru je snadnější předcházení než následné odstraňování důsledků pracovního přetížení. Odborná pomoc je již nutná při závažnějších stavech syndromu vyhoření, většinou v posledním stádiu. Tato fáze se může projevovat depresemi až myšlenkami na sebevraždu. Pomoc je nabízena psychology či psychoterapeuty. Ti při své práci o jedince se syndromem vyhoření nejčastěji využívají tyto metody:

- **daseianalýza** – napomáhá k pochopení existence člověka a navrhuje nemocnému možnosti jak tuto existenci naplnit; smyslem této metody je být sám sebou
- **logoterapie** – princip této techniky je hledání smyslu života, objevení nových životních hodnot a také řešení frustračních situací
- **behaviorální terapie** – se využívá k doplnění předešlých metod, tato technika se zaměřuje na řešení dílčích problémů

Pro účinnou léčbu vyhoření je důležité, aby byl léčebný program vypracován ve spolupráci s jedincem trpícím vyhořením a s ohledem na jeho psychické aspekty. Léčba farmakologickými preparáty má pouze podpůrný charakter a nemusí být využívána v každém z případů. Změnit stav k lepšímu může, kromě uvedených metod, také změna zaměstnání člověka trpícího vyhořením.

3 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG

3.1 VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ

V této kapitole nejprve vymezíme vybrané základní pojmy a jejich definice, potřebné pro uvedení do problematiky, jež se bude zabývat oblastí odborných služeb poskytovaných uživatelům drog a závislým jedincům.

Dle stupně (míry) závislosti stanovené na základě frekvence, intenzity a následků užívání drogy jsou definovány tyto skupiny uživatelů drog (Kalina, 2003):

- experimentátoři** – drogu užívají občasné a nepravidelně, zatím nemají žádné následky vlivem užívání

- rekreační a příležitostní uživatelé** – berou drogu pravidelně, méně než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání je součástí jejich životního stylu, následky užívání pouze po aplikaci drogy, nemají větší problémy

- pravidelní uživatelé** – drogu berou pravidelně, více než jednou týdně, je to součást jejich životního stylu, vyskytuje se u nich již škodlivý účinek užívání

- problémoví uživatelé** – užívají drogu pravidelně, užívání ovlivňuje jejich soukromý i pracovní život, jsou u nich přítomny zdravotní komplikace. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako: „Injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu (vyjímaje extázi – MDMA) a/nebo kokainu“ (Zaostřeno na drogy 2007).

- závislí** – splňují kritéria pro diagnostikování syndromu závislosti, většinou jde současně o „problémové uživatele“, mají vyšší toleranci k droze, přítomnost cravingu, celý život podřízen touze získat a užít drogu, mají zdravotní, psychické i sociální problémy vlivem užívání drog

Název „**droga**“ má mnoho významů, podle potřeby jednotlivého oboru (např. medicína, farmakologie) definovat určitou látku. Nejčastěji se pod tímto pojmem rozumí „**psychoaktivní látka**“. K tomuto termínu uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) na webových stránkách: „*Látka, která mění duševní procesy, tj. myšlení nebo emoce. Tento pojem, stejně jako jeho ekvivalent – psychotropní látka, je nejvíce neutrální a nejpopsnější a týká se všech druhů látek,*

povolených i zakázaných. Psychoaktivní neznamená nutně závislost vytvářející.“
(Drogy-info.cz 2012)

V teoretických výkladech termínu „**drogová závislost**“ existuje více přístupů. Konkrétní modely (např.: bio-medicínský m., sociální a sociálně-pedagogický přístup, morální a spirituální modely a další) se od sebe odlišují ve svém zaměření na určitou složku osobnosti, kladením důrazu na rozličné faktory působící na jedince, přístupu celospolečenském nebo naopak individuálním apod. Uvádíme zde dva pohledy na závislost na droze, charakteristické pro jednotlivé modely. Nejčastějším modelem je v současné době stále **bio-psycho-sociální model závislosti**, vycházející ze zdravotnictví a pohlízející na závislost jako na nemoc. Z celé řady definic, vycházejících z tohoto modelu, uvádíme vymezení dle Vágnerové: „*Míra závislosti označuje pravděpodobnost jejího zneužívání, to znamená, že závislý člověk bude danou látku užívat bez ohledu na její negativní důsledky pro své zdraví. Závislost je onemocněním, které postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí*“ (Vágnerová, 2004, s. 548). **Model holistický – celostní** obohacený o alternativní prvky je pro potřeby drogových závislostí někdy též zvaný jako **bio-psycho-socio-spirituální model závislosti**. Je rozšířen o spirituální rozměr pohledu na závislost. Z tohoto modelu vychází koncepce většiny typů služeb poskytovaných uživatelům drog.

Syndromem závislosti souhrnně nazýváme duševní a fyzické změny způsobené opakovaným užíváním psychoaktivních látek. Pro „**syndrom závislosti**“ jsou charakteristické jednotlivé příznaky a jejich přítomnost (*pozn.: více jak tři během posledního roku*) je diagnostickým kritériem závislosti. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10 1992) jde o tyto projevy:

- silná potřeba získat a užívat drogu (tzv.craving, bažení)
- neschopnost kontroly ve vztahu k droze
- růst tolerance (větší a častější užívání, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami)
- abstinenční syndrom (různé intenzity)
- zanedbávání ostatních potřeb nebo zájmů
- konzumace drogy i přes prokazatelné obtíže způsobené užíváním drogy

3.2 SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG

S účinností zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který vešel v platnost 1. 1. 2007, se stávají některé drogové služby zároveň sociálními službami. V současné době lze služby poskytované uživatelům drog definovat ze dvou hledisek, resp. z pohledu dvou systémů. A z hlediska sociálních služeb a drogových služeb, resp. sociální práce a adiktologie, jako oborů, jsou rozebírány jednotlivé pojmy podkapitoly.

3.2.1 Členění služeb dle resortu

Drogové služby dle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Termín **drogové služby** nebo též adiktologické služby (**adiktologie** = obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy) jsou dalším užívaným označením služeb pro uživatele drog, resp. pro programy a zařízení poskytující služby v drogové prevenci, léčbě a resocializaci. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP) patří mezi pracovní a poradní orgány Úřadu vlády ČR. Zabývá se protidrogovou politikou národní úrovně, součástí této oblasti jsou také služby pro uživatele drog. Základním dokumentem, který se věnuje systému, typu služeb, jejich zacílení, rozsahu a filozofii jsou **Standardy odborné způsobilosti** pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, vydané RVKPP v roce 2003. Odbornost a kvalita poskytovaných drogových služeb je zjišťována procesem certifikací. Zavedení systému Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog schválila Vláda České republiky svým Usnesením č. 300/2005

Jednotlivé typy služeb poskytované uživatelům drog upravuje Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Z tohoto zákona při své činnosti vychází Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a také programy a zařízení v její působnosti.

Typy odborné péče dle odst. (2) § 20 zákona č. 379/2005 Sb.:

- a) akutní lůžková péče
- b) detoxifikace
- c) terénní programy

- d) kontaktní a poradenské služby - programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele a závislé
- e) ambulantní léčba závislostí
- f) stacionární programy - nelůžková denní léčba pro problémové uživatele a závislé
- g) krátkodobá a střednědobá ústavní péče - léčba problémových uživatelů a závislých (ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče)
- h) rezidenční péče v terapeutických komunitách
- i) programy následné péče
- j) substituční léčba - podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku (Vláda.cz, 2012)

Sociální služby dle Ministerstva práce a sociálních věcí

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) se rovněž věnuje oblasti poskytovaných služeb resp. **sociálních služeb**. Stěžejním dokumentem je Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle tohoto zákona se určité typy adiktologických služeb shodují s vydefinovanými typy sociálních služeb. Z toho vyplývají i zákonné povinnosti pro poskytovatele drogových služeb. Zařízení nabízející služby uživatelům drog musí registrovat sociální službu, kterou poskytuje, dále se musí řídit metodickým dokumentem MPSV **Standardy kvality sociálních služeb** a také podléhají kontrolnímu procesu šetření kvality poskytovaných služeb tzv. inspekcemi MPSV.

Pro cílovou skupinu uživatelů drog jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách určeny tyto služby (zákon užívá pro jednotlivé typy služeb termín zařízení sociálních služeb): **kontaktní centra, terénní programy, terapeutické komunity a služby následné péče** Tato zařízení sociálních služeb jsou zákonem řazeny do **služeb sociální prevence**, které tvoří takové druhy sociálních služeb, jejichž cílem je napomáhat osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Služby sociální prevence se zaměřují na osoby, jejichž nepříznivá je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobeným trestnou činností jiné osoby.

Služby sociální prevence, služby sociální péče a sociální poradenství označuje. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako druhy sociálních služeb. Uvedený zákon rozlišuje tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány, a to služby **pobytové, ambulantní nebo terénní**.

3.2.2 Druhy služeb

Následně jsou v práci zohledněny typy adiktologických služeb, které jsou vymezeny legislativně zároveň jako služby sociální. Model klasifikace typů služeb vycházející ze Standard RVKPP klade důraz na mezioborový přístup. Mezi základní drogové služby, tak patří typy služeb, které přesahují rámec služeb sociálních (např. substituční léčba nebo detoxifikace). Zároveň může nastat situace, kdy mají některá zařízení registrovanou sociální službu (např. odborné sociální poradenství), která naopak zase není definována Standardy RVKPP jako základní poskytovaná služba pro daný typ zařízení.

Kontaktní centra vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. jako nízkoprahová zařízení, které poskytující ambulantní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách, jejichž cílem je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Podle Hrdiny (Kalina 2003) znamená nízkoprahovost služby snadnou dostupnost a přístupnost komukoli bez dalších požadavků (např. abstinence) a restrikcí s cílem oslovit svou nabídkou co nejširší okruh lidí z dané cílové skupiny. Vstupní práh služby je také snížen zachováním anonymity klienta, s čímž souvisí i mlčenlivost pracovníků. Cílem kontaktních center je zlepšení kvality života uživatelů drog po stránce psychické, fyzické a sociální.

Terénní programy vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. jako terénní služby poskytované osobám, vedoucím rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek. Cílem služby je podle zákona tyto uživatele vyhledat v terénu a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Tato služba je poskytována anonymně

Prostřednictvím kontaktu s klienty se pracovníci obou typů programů snaží ovlivnit jejich chování směrem k minimalizaci rizik spojených s užíváním drog. Primárně si

nekladou za cíl dosažení úplné abstinence klienta, ale převážně snižování negativních důsledků jeho chování a stabilizaci jeho současné situace. S tím souvisí i ochrana veřejného zdraví celé populace před nežádoucími dopady užívání drog, mezi které patří šíření infekčních onemocnění. (Hrdina 2003)

O kontaktních centrech a terénních programech se mluví jako o vstupní bráně do sítě služeb. Často se jedná o první službu, kterou klient navštíví (nebo ho osloví pracovníci přímo v terénu) a je mu dle potřeby následně zprostředkován kontakt s dalšími (nejen sociálními) službami.

Na závěr této kapitoly lze uvést současnou situaci poskytovatelů drogových služeb. Z působení dvou, výše uvedených systémů, vyplývá vznik problematické situace pro poskytovatele drogových služeb. Ze strany Sekretariátu RVKPP již několik let probíhají jednání o úpravu v Zákoně č.108/2006 Sb. Zatím neúspěšným předmětem jednání je uznání výsledků certifikací RVKPP v rámci inspekce MPSV. Poskytovatelé drogových služeb, tak musí absolvovat oba procesy šetření hodnotící kvalitu a odbornost služeb. Drobným přínosem je alespoň určitá harmonizace, kdy úpravami v obsahové části Standard RVKPP došlo ke shodě se Standardy MPSV.

3.3 OKRUH PRACOVNÍKŮ

„Cílovou skupinou pro sociální pracovníky pracující v oblasti drogových závislostí jsou klienti užívající drogy jakýmkoliv způsobem. Sociální pracovníci pracují především s klienty, kteří užívají drogu pravidelně, s problémovými uživateli drog a se závislými na droze.“ (Matoušek, 2005, s. 212)

Dle § 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je vymezen tento okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách: **sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, další odborní pracovníci**, kteří přímo poskytují sociální služby. Ve službách pro uživatele drog v působnosti zákona č.108/2006 Sb. Jsou nejčastěji pracovníci zařazováni do dvou kategorií:

Sociální pracovník

Ve většině případů zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje, zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány. Zákon stanoví, že sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Sociální pracovník tedy je osobou, která sociální služby přímo poskytuje. Jeho úkolem je také služby koordinovat, vyhledávat klienty, případně služby plánovat a hodnotit (Matoušek, O. 2007).

Pracovník v sociálních službách

Vykonává přímou obslužnou péči o osoby v zařízeních sociálních služeb, pomáhá jim nacvičovat denní činnosti, osobní hygienu, oblékání, podporuje soběstačnost klienta, posiluje aktivizaci. Dále jeho činnost může obsahovat nepedagogickou činnost, kdy jde o upevňování základních návyků, působí na pracovní návyky a manuální zručnost. Jeho úkolem jsou také aktivity, které jsou zaměřeny na klientovu osobnost, jeho zájmy. Měl by také zabezpečovat zájmové a kulturní činnosti. Také může provádět pečovatelskou činnost přímo v přirozeném domácím prostředí osoby a pod dohledem sociálního pracovníka uskutečňuje činnosti základního sociálního poradenství a zprostředkování kontaktu se společností. Stejně jako v případě sociálního pracovníka jsou podmínkou pro pracovní uplatnění odborná způsobilost, způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. (Zákon 108/2006 Sb., § 116)

Předpokladem pro vykonávání obou povolání je odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a způsobilost k právním úkonům.

Poskytovatelé drogových služeb užívali do nedávna v běžném provozu pro jednotlivé členy týmu (dle složení týmu v konkrétním zařízení) tyto termíny: **kontaktní pracovník, terénní pracovník, sociální pracovník** (tzn.: sociální práce s klientem), **terapeut, zdravotní sestra**, apod.

Pracovníci drogových služeb se řídí individuálním přístupem ke klientovi. Každý klient je individuální osobnost a má specifické potřeby, podle kterých pracovníci plánují a poskytují jednotlivé intervence. Pracovníci vnímají závislost jako komplexní bio-psycho-socio-spirituální záležitost. Podle toho se také zaměřují na všechny tyto oblasti

v rámci intervencí s klienty. Právě s ohledem na všechny tři složky je nutné budovat i multidisciplinární pracovní tým, aby mohl řešit situace klientů komplexně.

Sociální pracovníci a pracovníci pomáhajících profesí poskytují pomoc lidem v obtížných životních situacích. Snaží se o dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, ve kterém klient uspokojuje své potřeby, a schopností klienta tato očekávání naplňovat. Pracovníci působí na vztahy mezi vlastnostmi klientů a vlastnostmi jejich sociálního prostředí. Dostávají se tak do pravidelného a přímého kontaktu s klienty v obtížných životních situacích. (Musil, 2004)

3.4 SPECIFIKÉ FAKTORY SLUŽEB VE VZTAHU K SYNDROMU VYHOŘENÍ

Ve službách pro uživatele drog se vyskytují rizikové faktory typické pro tento druh sociální služby. Mohou pracovníky oslabovat, znepříjemňovat nebo jim znesnadňovat výkon jejich práce a přispívají k rychlejšímu vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Mezi rizikové faktory lze zařadit následující:

- **psychická zátěž** – v souvislosti s řešením obtížných až krizových životních situací, do kterých se klienti často dostávají.
- **rizikové prostředí** – pracovníci manipulují s potenciálně infekčním materiálem, což může být zdroj stresu
- **nedostatečná zpětná vazba** – pracovník se často nedozví, do jaké míry byla jeho intervence úspěšná, protože klienti nedochází do zařízení pravidelně. Někdy se stane, že klient najednou přestane docházet a pracovník neví, jestli abstínuje, nastoupil léčbu, nastoupil do výkonu trestu, odstěhoval se nebo se mu něco stalo.
- **status pracovníků v drogových službách** – laická veřejnost často pohlíží na toto povolání odmítavě a odsuzuje ho
- **konflikty na pracovišti** – v rámci týmu, mezi klienty, mezi klienty a pracovníky.

Výskyt dalších rizikových činitelů se nemusí vyskytovat ve všech zařízeních poskytujících služby pro uživatele drog. V jednotlivých organizacích či zařízeních existují rozdíly v **množství klientů**, **výši finančního ohodnocení pracovníků** a **fluktuaci zaměstnanců** (častá obměna složení pracovních týmů).

4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Vycházíme-li ze znalostí a poznatků, získaných o burnout syndromu, jak syndrom vyhoření vzniká, jaké jsou jeho příčiny a projevy, známe-li jeho průběh a fáze, můžeme z těchto dat odvodit preventivní opatření vůči syndromu vyhoření, případně jaký postup zvolit, když lze upozorovat některé příznaky vyhoření. Určitá preventivní doporučení lze tedy aplikovat i jako způsob možné pomoci v případě, že jedinec již vyhořením trpí. Již v předchozí kapitole bylo uvedeno, že léčba syndromu vyhoření je v mnoha směrech náročnější, než jevu předcházet. Proto je prevence syndromu vyhoření velmi důležitá.

4.1 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

V odborných zdrojích lze nalézt pojetí prevence burnout syndromu z různých hledisek. Na vzniku syndromu vyhoření se podílí vnitřní a vnější podmínky, obdobným pohledem je možné nahlížet i na preventivní opatření. Původ syndromu vyhoření vychází ze vzájemné interakce individuálních vlastností jedince a specifických pracovních nároků viz.: pomáhající profese. Z tohoto důvodu, je uvedeno následující členění prevence burnout efektu, kdy lze jednotlivé složky preventivních opatření a doporučení třídit na dvě roviny.

První z nich, **prevence na úrovni jednotlivce**, zahrnuje preventivní postupy a doporučení, jejichž dodržování či vykonávání ovlivní člověk vlastní aktivitou. Pro přehlednost je možné rozčlenit prevenci na dílčí oblasti.

Duševní hygiena

Cílem duševní hygieny je upevnění zdatnosti psychického zdraví a odolnost vůči nejruznějším škodlivým vlivům Míček (1984) uvádí, že jde systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Její význam vidí v prevenci somatických a psychických nemocí, v sociálních vztazích, v pracovním výkonu, subjektivní spokojenosti vyrovnaného člověka. Předcházet syndromu vyhoření lze následujícími technikami a způsoby: **Relaxace** je stav opačný napětí. Její podstatou je uvolnění, které je vědomé. **Pohyb**, během kterého dochází k aktivitě svalstva, kdy se do těla uvolňují hormony působící pocity štěstí. **Spánek** je uvolněním pro tělo i mysl. **Změnit postoj k životu**, je prokázáno, že pozitivně myslící lidé jsou duševně i tělesně zdravější a žijí

šťastněji než pesimisté, dále studie ukázali, že lidé, kteří nemají smysl pro humor, případně humor ztratili, vyhoří podstatně rychleji.

Organizace práce

Charakteristické pro dnešní zaměstnané lidi je také nedostatek času neboli časová tíseň či stres. Získat více času můžeme, budeme-li si den organizovat a využívat času, který máme k dispozici. **Určení cílů**, které musí být takové, abyste je byl jedinec schopen splnit, to znamená, že jejich uskutečnění závisí jen na něm. **Snížit pracovní zatížení** lze některými opatřeními, např. prostřednictvím dodatečného personálu, zkrácením pracovní doby, prodloužením pracovních přestávek, zkrácením úvazku, využitím zvláštní dovolené. S časovým plánem dne také souvisí **odpočinek**, v rámci pracovního dne je považováno za vhodné zařadit do každodenního režimu přestávky a využívat je k regeneraci sil.

Sociální opora

Důležitá je v životě člověka i sociální opora. Křivohlavý (1994) uvádí, že se jedná systém sociálních vztahů, jehož prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů. Jako zdroje sociální opory jmenuje primární sociální skupinu, tj. rodina – manžel, manželka, společenství rodičů a dětí, dále kolektiv spolupracovníků, přátelé a další, pro daného člověka, důležité lidé. Osoby, které mají pevné zázemí u svých partnerů, příbuzných a přátel a jimž se od jejich nejbližších dostává citové podpory, bývají méně náchylní k chorobám a zvyšuje se u nich průměrná délka života. Lze tedy říct, že kvalitní sociální vazby mohou chránit před chronickým stresem, a tím snižovat nebezpečí vzniku syndromu vyhoření. „*Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, zaměstnání, u přátel a dobrých známých, v rámci trávení volného času, realizace zájmů a koníčků. Nedostatek opory koreluje pozitivně s burnout syndromem. Zdá se, že největší význam má opora poskytovaná stejně postavenými pracovníky (peer-support).*“ (Kebza, Šolcová, 1998))

Otázka prevence syndromu vyhoření se týká nejen jedince, ale také organizace, ve které daný člověk pracuje. Jestliže pracovník vyhoří, snižuje se efektivita i kvalita jeho výkonů, dochází ke zvýšení nemocnosti, mnohdy i k odchodu ze zaměstnání. Organizaci, která si chce udržet kvalitní zaměstnance, by měla zahrnout prevenci syndromu vyhoření mezi významné prvky péče o lidské zdroje.

Prevence na úrovni organizace jako druhá rovina členění obsahuje preventivní opatření, která je možné opět rozdělit do jednotlivých oblastí:

Vzdělávání a osobní rozvoj zaměstnanců

Podpora dalšího **vzdělávání** (semináře, výcviky, workshopy, vzdělávací kurzy, stáže), včetně vzdělávání v oblasti vzniku a prevence burnout syndromu, ze strany zaměstnavatele je významnou součástí prevence syndromu vyhoření, zároveň též zefektivňuje pracovní výkon. Etické standardy pro Kontaktní centra pro tuto oblast uvádějí zodpovědnost člena týmu za celoživotní vzdělávání a výcvik. To je považováno za základní předpoklad pro udržení stanoveného standardu služeb a schopnosti řešit etické problémy.

Nedílnou součástí této oblasti tvoří poskytování **supervize**. Této složce se podrobně věnuje následující podkapitola.

Pracovní prostředí

Pracovní prostředí se významně podílí na vzniku syndromu vyhoření. Zahrnuje složky, které určují úroveň konkrétního prostředí, patří sem: materiálně -technické podmínky, sociální a organizační podmínky. **Úroveň pracoviště**, s přihlédnutím ke konkrétním specifickým potřebám jednotlivých profesí (např. jiné potřeby z hlediska vybavení a zázemí, bude mít terapeut, terénní pracovník apod.) určují dle Křivohlavého (1998) privátnost, hluk, světlo, tepelná pohoda, klid a možnost individuální úpravy pracoviště tzn. květiny, obrázky, různá doplňková zařízení apod.

Pracovní spokojenost či nespokojenost ovlivňují také vzájemné pracovní vztahy mezi lidmi. Ze strany zaměstnavatele by měla být snaha o podporu **týmové spolupráce**. Vzájemná podpora, soudržnost týmu, dobrá úroveň komunikace, na rozdíl od soupeřivého prostředí, má pozitivní vliv na spokojenost lidí.

Z hlediska spokojenosti v zaměstnání hraje důležitou roli **kladné hodnocení práce** uznání za dosažené výsledky. Může mít různé formy: pochvala nadřízeným, finanční odměna, příspěvek na sportovní, relaxační, kulturní akce/činnosti apod.

Pro doplnění představujeme přehled prevence na úrovni organizace dle Matouška (2003):

- kvalitní příprava na profesi včetně výcviku práce s klienty, se kterými bude pracovník ve svém oboru v kontaktu
- jasná definice poslání a metod práce organizace, vždy s tím je seznámen nový pracovník
- jasná role pracovníka a náplň práce
- zácvik nových pracovníků se stanovenými pravidly
- využití profesionálního poradenství
- programy osobnostního rozvoje, a podpora účasti na dalším vzdělávání
- průběžná supervize
- odborné konference mezi jednotlivými institucemi s podobným zaměřením
- přiměřený počet klientů na jednoho pracovníka v jedné době, nasazení více pracovníků při práci se skupinami
- změna prostředí setkání s klienty (výjezdové aktivity)
- omezení administrativní zátěže
- snížení pracovního úvazku,
- kombinace přímé práce s klienty s jinou prací v organizaci

Mám-li zmínit nějaké praktické zkušenosti z praxe k této tématice. Z mého pohledu spatřuji jako nejlepší doporučení k prevenci proti syndromu vyhoření umět si říci o pomoc a naučit se delegovat úkoly na kolegy. Člověk by se celkově neměl přetěžovat a měl by o svých pocitech a problémech otevřeně mluvit.

4.2 SUPERVIZE

Jedna z možností, jak předcházet a zvládat syndrom vyhoření, je supervize. Supervize nám může umožnit vidět věci s odstupem a příště se vyvarovat stejným chybám.

Původní význam slova „supervize“ pochází z anglického ekonomického prostředí a znamená „dohlížení“ či kontrolu. Již samotné slovo *super* symbolicky naznačuje pozici „nad“. K tomu přistupuje fakt, že supervizorem bývá obvykle odborník s delší praxí, vyšším titulem, publikační činností, vyšším věkem apod., než jsou supervidovaní. Supervize v pomáhajících profesích, tedy i v sociálních službách, má přece jen odlišnou povahu, než je kontrola a dohled. Jde o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše podpůrná než kontrolní funkce (Hronová, M. 5/2009).

Supervize má tři hlavní **funkce** (Hawkins, Shonet 2004): První z nich **vzdělávací funkce** se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. To se děje prostřednictvím reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty. Při takovém rozebírání jim supervizor může pomáhat: lépe klientovi rozumět, více si uvědomovat své reakce a odezvy na klienta, chápat dynamiku toho, jak probíhají jejich interakce s klientem, podívat se na to, jak intervenují a jaké jsou dopady jejich intervencí, zkoumat další způsoby práce s touto a podobnými situacemi klientů. Další funkce je **podpůrná**, je to způsob reagování na skutečnost, že na všechny pracovníky účastníci se důvěrné terapeutické práce s klienty nevyhnutelně působí zoufalství, bolest a roztržitost klienta, a potřebují čas, aby si začali uvědomovat, jakým způsobem je to může ovlivňovat, a aby své reakce mohli zvládat. Poslední funkcí je **řídící**, která plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality. Matoušek (2003) k těmto třem funkcím přidává ještě čtvrtou **zprostředkování při řešení konfliktů**.

Supervizi je možné dále rozlišovat podle druhů a forem. **Výuková supervize**, kdy supervizor mívá spíše roli učitele, zaměřuje se téměř výhradně na vzdělávací funkci, pomáhá účastníkům rozebírat jejich práci s klienty, zatímco řídící a podpůrnou supervizní funkci poskytuje účastníkům někdo na pracovišti. **Výcviková supervize**, která zdůrazňuje vzdělávací funkci a supervidovaní jsou v jakési výcvikové či učňovské roli. Může jít o studenty sociální práce na praxi nebo psychoterapeuty ve výcviku pracující s klienty vyčleněnými pro jejich výcvik. **Řídící (manažerská) supervize** kde

je supervizor také nadřízeným supervidovaných. Tak jako ve výcvikové supervizi má supervizor určitou jednoznačnou odpovědnost za práci s klienty, avšak supervizor a supervidovaný jsou ve vztahu nadřízený – podřízený než ve vztahu instruktor – účastník. **Poradenská supervize**, kdy supervidovaným zůstává odpovědnost za práci, kterou vykonávají se svými klienty, ale se supervizorem, který není ani jejich instruktorem ani vedoucím, konzultují otázky, které si přejí rozebrat. Formy se rozlišují na: **individuální supervizi**, kdy se jedná o setkání psychoterapeuta a supervizora nad případem; **skupinová supervizi**, během které skupina terapeutů spolu se supervizorem hovoří o případu jednoho z nich. Ostatní členové supervizní skupiny spolupracují, využívá se prvků skupinové dynamiky, paralelních procesů (např. bálintovské skupiny) a supervize v týmu neboli **týmová supervize**, kdy supervizor pracuje s týmem na jejich týmové komunikaci, organizaci práce nebo rozvojových tématech. Dále může být supervize rozdělena na **interní** nebo **externí** podle role supervizora. Interní supervizi rozumíme takovou, kde je supervizor interním zaměstnancem organizace, v níž supervizi provádí. Za externí supervizi označujeme takové uspořádání, kde supervizor není zaměstnancem organizace, není zde vztah nadřízenosti nebo podřízenosti vůči supervizantům (Hronová, M. 05/2009).

V procesu supervize je velmi důležitá též **osoba supervizora**, jeho kvalifikace, kompetence. Právě supervizor může ovlivnit kvalitu supervize, aby se nestala pouhým naplněním „Standard...“. Zároveň by měl dodržovat profesní etiku supervize, ze které lze vybrat primární zásady pro supervizora: **být prospěšný, neuškodit, nezneužívat a nemanipulovat!** Každý člen supervizní skupiny by měl mít možnost vyjádřit se k osobě supervizora, k programu a k ostatním členům (Matoušek a kol., 2008). Také je třeba podotknout, že by v supervizi vždy mělo být uplatňováno pravidlo mlčenlivosti, protože je důležité, aby se pracovníci v supervizní skupině cítili bezpečně.

Autorka spatřuje v oblasti supervize v drogových službách určitou výhodu, vycházející z jejích zkušeností v oboru. Adiktologie, se jako samostatná vědní disciplína, vyčlenila z ostatních oborů poměrně nedávno Od poloviny 90. let, vznikají první zařízení/programy, zabývající se poskytováním služeb pro uživatele drog. Hned z počátku, kdy byly formovány filozofická východiska, koncepce, cílové skupina, apod. pro jednotlivé typy programů, byla supervize považována za normu při odborném vedení pracovníků. V oblasti drogových služeb jsou supervizní setkání běžnou praxí.

Supervizi zaměstnanců konkrétně vymezují i Standardy odborné způsobilosti. Na rozdíl od oblasti sociálních služeb, kde zavádění supervize do jednotlivých organizací (pro některé poskytovatele byla do té doby supervize neznámým pojmem) výrazně ovlivnil až zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a vyhláška 505/2007 Sb, která upravuje Standardy kvality sociálních služeb. Dle odborných zdrojů je oblast supervize významně zanedbaná v oblasti školství.

5 SHRNU TÍ

Úvodní, teoretickou část práce se věnuje popisu syndromu vyhoření, jeho definicím, příčinám a faktorům ovlivňujícím vznik burnout syndromu. Pro správnou diagnostiku syndromu vyhoření je důležité znát a rozpoznat příznaky vyhoření a jeho odlišnosti, resp. podobnosti od jiných poruch či onemocnění. Za důležité lze považovat informace o možnostech prevence a terapie již vzniklého syndromu vyhoření. Prevence se dá dělit podle různých hledisek. Zde je zvoleno rozdělení na osobní prevenci a prevenci ze strany organizace. K osobní prevenci každého jedince jsou zařazeny relaxace, zdravý životní styl aj. Organizace, tedy zainteresovaný zaměstnavatel, zase může pro své pomáhající pracovníky zlepšit pracovní prostředí, pracovní podmínky, svůj přístup k nim, a neméně důležitá je supervize.

Při zpracování práce se autorka pokoušela shrnout informace z běžně dostupné odborné literatury. Čerpáno bylo z knih a odborných časopisů. Překvapením bylo, při vyhledávání odborných informačních zdrojů, kolik studentů píše na toto téma.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je tvořena ze šesti kapitol. První z nich vymezuje cílem praktické části - zjistit výskyt syndromu vyhoření u osob, pracujících s drogově závislými. V této části je položena výzkumná otázka a součástí je také stanovení předpokladů průzkumu. Druhá kapitola je zaměřena na popis použité metody, jejímž prostřednictvím se uskutečnil výzkum. Následuje kapitola, v níž je obsažen popis zkoumaného vzorku, tedy pracovníci kontaktních center a terénních programů v přímé péči o uživatele drog. Průběh průzkumu je popsán v následující části. Předposlední kapitola je věnována získaným datům a jejich interpretaci. Poslední desátá kapitola je zaměřena především na shrnutí výsledků praktické části.

6 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části je zjistit přítomnost syndromu vyhoření u osob pracujících s drogově závislými a posléze prověřit, jaká vykonávají tito pracovníci preventivní opatření v souvislosti se syndromem vyhoření.

6.1 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ

Předpoklady jsou stanovené na základě výzkumné otázky: Vyskytuje se syndrom vyhoření u osob, které pracují s drogově závislými a jaká jsou preventivní opatření?

Byly stanoveny následující předpoklady, podstatné pro kvantitativní výzkum bakalářské práce:

Předpokládáme, že u více než 30 % osob pracujících s drogově závislými se vyskytuje syndrom vyhoření.

Předpokládáme, že více než 70 % osob pracujících s drogově závislými neuskutečňuje prevenci syndromu vyhoření.

7 POUŽITÉ METODY

Pro sběr dat k praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda dotazníku. Výzkum byl prováděn technikou (formou) dotazníku. Dotazník je anonymní, polostrukturovaný, obsahuje uzavřené otázky. V úvodu jsou respondenti seznámeni s účelem a informováni o anonymitě dotazníku. Je zde uvedena e-mailová adresa autorky, kterou mohou využít pro případné dotazy a připomínky.

Hlavní část dotazníku je rozdělena do tří částí. **První část** dotazníku se zabývá identifikačními údaji respondentů (pohlaví, věk, délka praxe v oboru, dosažené vzdělání, druh zařízení). **Druhá část** je složena ze standardizovaného dotazníku **BM - Burnout Measure**. Zjišťuje pocity fyzického vyčerpání, pocity emocionálního vyčerpání pocity psychického vyčerpání. Pocity fyzického vyčerpání představují celkové oslabení, ztrátu sil, únavu. U emocionálního vyčerpání jde především o beznaděj, pocity tísně. Duševní vyčerpání představuje ztrátu lidské hodnoty, pocity marnosti vlastní existence **Dotazník Burnout Measure - BM** má 21 položek na, které respondenti odpovídají přiřazováním frekvence pocitu na škále od 1 do 7 - nikdy, jednou za čas, zřídka kdy, někdy, často, obvykle a vždy – k jednotlivým otázkám. Otázky se zpracovávají

specifickým způsobem, který uvádí prof. Křivohlavý v citovaném díle. Výsledná hodnota, která je pomocí tohoto postupu získána, je hodnotou psychického vyhoření.

Interpretace výsledné hodnoty syndromu vyhoření zjištěné metodou BM:

- Výsledná hodnota je menší nebo rovna 2 – výsledek je dobrý
- Výsledná hodnota je od 2 do 3 – výsledek je uspokojivý
- Výsledná hodnota je od 3 do 4 – doporučuje se zamyslet nad životem, prací, nad stylem a smysluplností vlastního života, ujasnit si žebříček hodnot a převést ho do praxe
- Výsledná hodnota je od 4 do 5 – je přítomnost psychického vyhoření prokázána
- Výsledná hodnota je vyšší než 5 považuje se stav dotyčného za kritický.

Třetí část dotazníku byla vytvořena autorkou výzkumu a je zaměřena na prevenci syndromu vyhoření. Zkoumá znalosti respondentů z této oblasti a konkrétní preventivní opatření, které vykonávají. Tato část obsahovala celkem 15 otázek s nabídkou odpovědí: ano – ne – nevím.

Dotazník, který byl použit pro kvantitativní výzkum, je uveden v příloze č. 1.

8 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Pro výzkum byla oslovena organizace poskytující několik druhů služeb pro uživatele drog. Dotazník výzkumné části byl určen pracovníkům dvou typů drogových služeb. Jednotlivá zařízení mají sídlo ve třech městech dvou krajů ČR.

Stanovený předpoklad velikosti výzkumného vzorku byl 30 osob. Tento předpoklad, by vzhledem k způsobu distribuce dodržen (viz. 8 Průběh průzkumu). V kontaktních centrech pracuje 13 osob v terénních programech 17 respondentů.

9 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Po schválení účasti ve výzkumu ředitelem celé organizace, byla žádost o vyplnění, prostřednictvím vedoucí jednotlivých zařízení, předána pracovníkům v přímé péči o klienty. Samotné vyplňování dotazníků probíhalo na internetu, oslovení respondenti byli seznámeni s adresou webových stránek, kde byl dotazník umístěn. Po dosažení

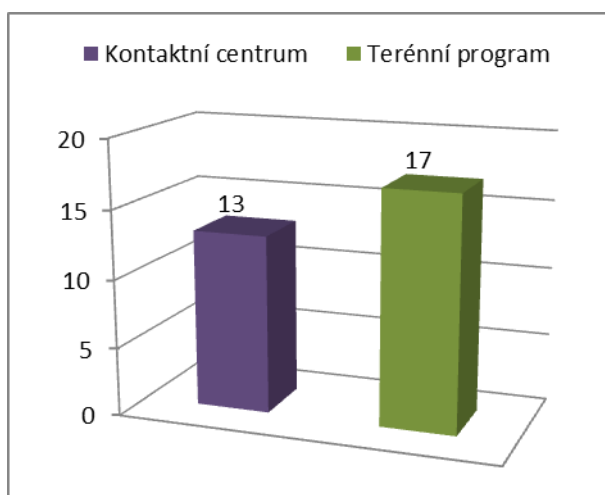
stanoveného počtu vyplněných dotazníků, byl přístup k dotazníku ukončen. Respondentům bylo na jejich žádost zpětně zasláno vyhodnocení dotazníku.

10 ZÍSKANÁ DAT A JEJICH INTERPRETACE

Výzkumné části se zúčastnilo 30 respondentů ze dvou typů/druhů programů/služeb pro uživatele drog.

Služba/Program	Počet osob	Procenta
Kontaktní centrum	13	43%
Terénní program	17	56%
Celkem	30	100%

Tab. 1: druhy služby



Graf. 1 služba/program

I. část dotazníku – identifikační údaje respondentů

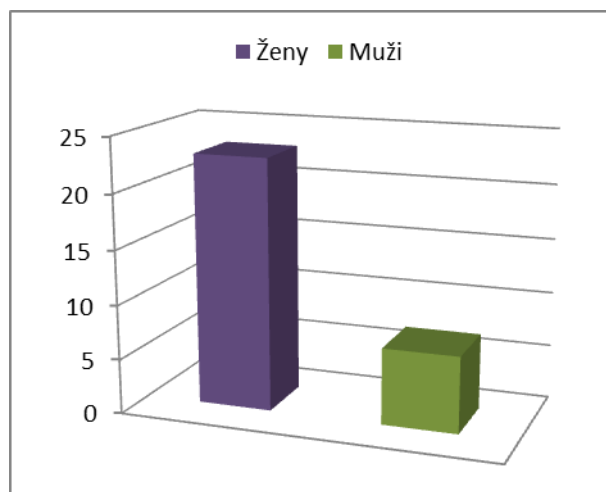
První část dotazníku byla zaměřena na osobní údaje respondentů. Otázky se týkaly pohlaví, věku, délky praxe, vzdělání.

Pohlaví:

Tato otázka dotazníku se věnovala procentuálnímu zastoupení žen a mužů zaměstnaných v zkoumaných typech služeb (viz tab. 2 a graf 2). Jak vyplývá z tabulky, podstatná část zaměstnanců je zastoupena ženským pohlavím a to v 74%. Procentuální zastoupení mužského pohlaví je 26%.

Pohlaví	Počet osob	Procenta
Ženy	23	74%
Muži	7	26%
Celkem	30	100%

Tab. 2: pohlaví



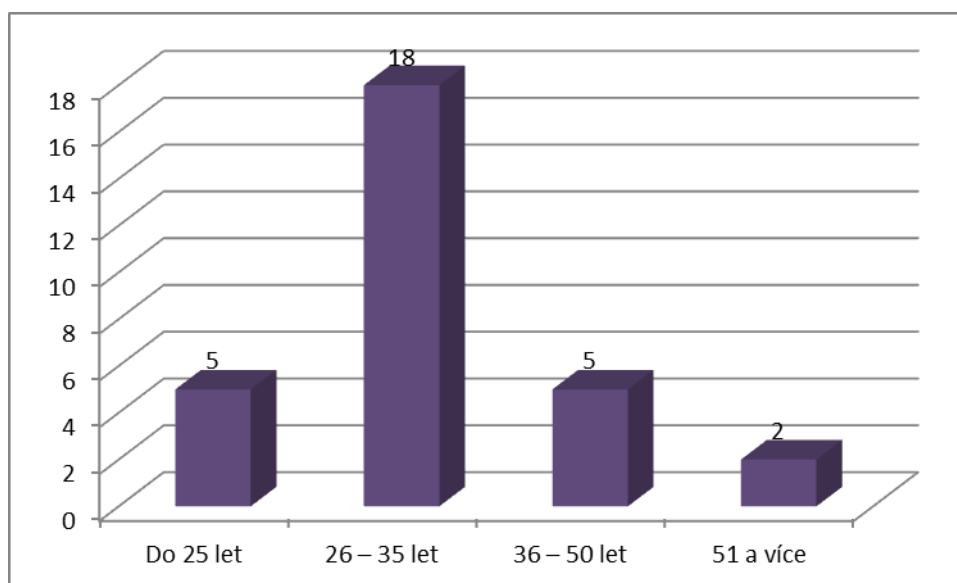
Graf 2: pohlaví

Věk

Tato otázka byla zaměřena na věk respondentů. Respondenti byly rozděleni do čtyř věkových skupin (do 25 let, 26 – 35 let, 36-50 let, 51 a více). Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu tvořili respondenti ve věku mezi 26 a 35 lety a to v 60%. Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku do 25 lety, společně s věkovou skupinou 36-50 let, a to v 16%. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku a to v pouhých 4% (viz tab. 3 a graf 3).

Věk	Počet osob	Procenta
Do 25 let	5	16%
26 – 35 let	18	60%
36 – 50 let	5	16%
51 a více	2	8%
Celkem	30	100%

Tab. 3: věk



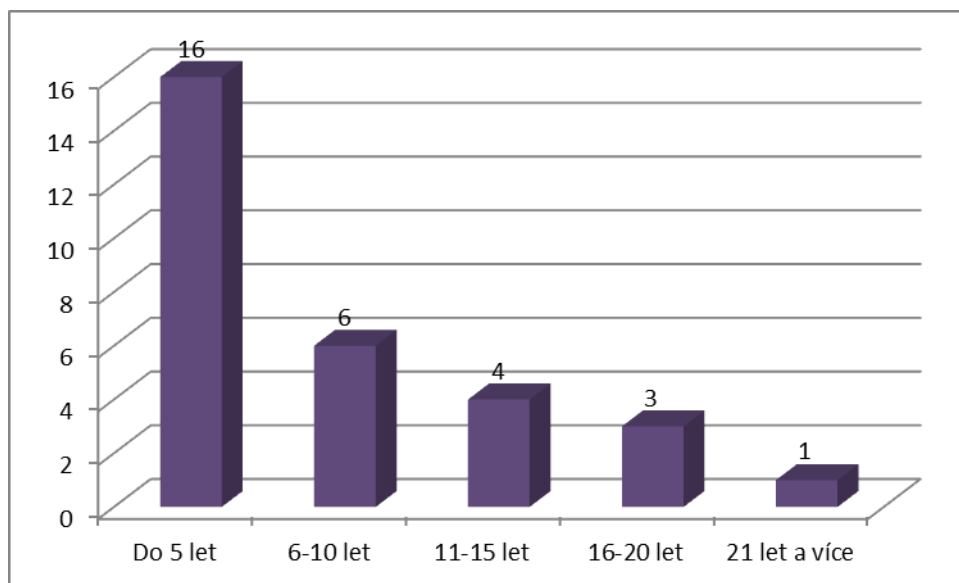
Graf 3: věk

Délka praxe

Tato otázka měla za úkol zjistit, jak dlouho respondenti pracují v oblasti sociálních služeb. Po různých odpovědích respondentů, byla délka praxe rozdělena do pěti skupin (do 5 let, 6 -10 let, 11 – 15 let, 16 – 20 let, 21 a více let). Nejvíce zastoupenou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe do 5 let a to 52%. Druhou nejvíce zastoupenou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 6 – 10 let a to 22%. Třetí nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti s délkou praxe 11 – 15 let a to 13%. Ve výzkumném šetření se objevili i respondenti s délkou praxe 16 – 20 let a to 9%. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti s délkou praxe nad 21 let a více a to v pouhých 4% (viz tab. 4 a graf 4).

Délka praxe	Počet osob	Procenta
Do 5 let	16	52%
6-10 let	6	22%
11-15 let	4	13%
16-20 let	3	9%
21 let a více	1	4%
Celkem	30	100%

Tab. 4: délka praxe



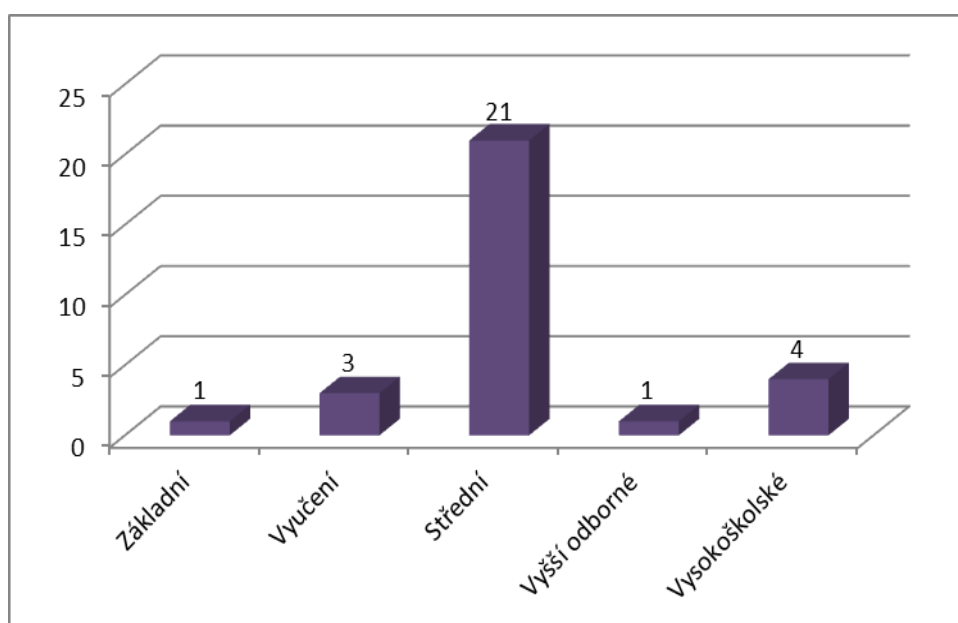
Graf 4: délka praxe

Vzdělání

Tato otázka se zabývala dosaženého vzdělání respondentů. Z vyplněných dotazníků vyplynulo, že nejvíce zastoupenou skupinou respondentů jsou pracovníci, kteří dosáhli středního vzdělání a to 70%. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním 13%. Vyučeno je 9% respondentů. Nejméně zastoupenou skupinu tvořili pracovníci se základním a vyšším odborným vzděláním a to pouze 4% (viz tab. 4 a graf 4).

Vzdělání	Počet osob	Procenta
Základní	1	4%
Vyučení	3	9%
Střední	21	70%
Vyšší odborné	1	4%
Vysokoškolské	4	13%
Celkem	30	100%

Tab. 5: vzdělání



Graf. 5 vzdělání

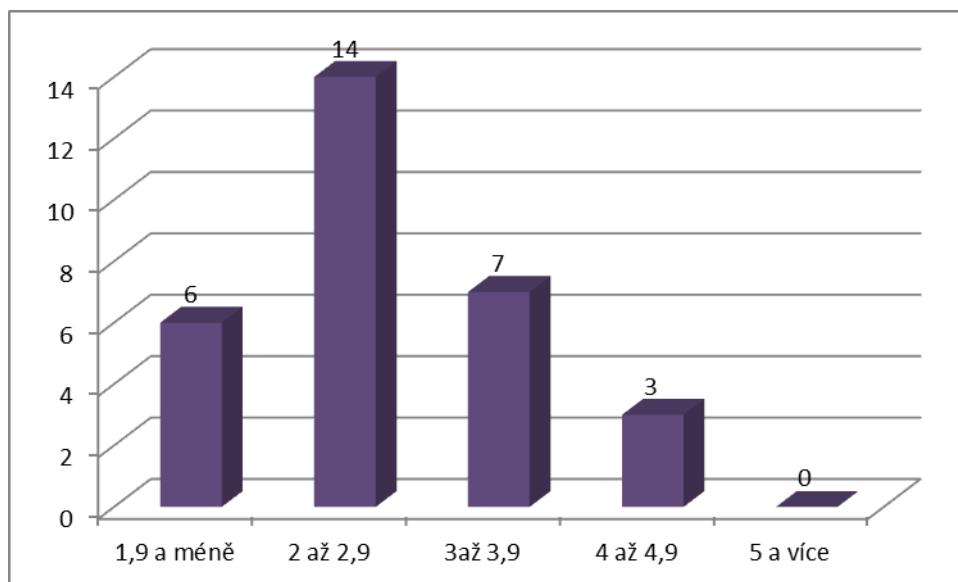
II.část dotazníku

Druhá část dotazníku byla zaměřena na míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků kontaktních center a terénních programů (např. pocity únavy, deprese, tělesné a psychické vyčerpání, pocity štěstí, optimismu a energie, pocity úzkosti, obav a starostí apod.). Výsledky standardizovaných dotazníků jsou převzaty od jejich autorů.

Nejvíce zastoupená je skupina respondentů 47%, jejíž výsledek BM je ještě uspokojivý. Další početnější skupinu tvoří respondenti, kteří by si měli ujasnit žebříček životních hodnot a zamyslet se nad svým vlastním životem tj. 23%. U 10 % respondentů je již přítomný syndrom vyhoření

BM	Počet osob	Procento	Výsledek
1,9 a méně	6	20%	Dobrý výsledek
2 až 2,9	14	47%	Uspokojivý
3 až 3,9	7	23%	Zamyslet se nad životem a prací
4 až 4,9	3	10%	Již přítomný syndrom vyhoření
5 a více	0	0%	Havarijní stav, nutná okamžitá pomoc.
Počet celkem	30	100%	

Tab. 6: BM výsledek



Graf 6: BM výsledek

III. část dotazníku

Třetí část dotazníků se skládá z 16 otázek, které jsou zaměřené na prevenci syndromu vyhoření. Respondenti odpovídali označením možnosti ano – ne – nevím. Pro účely výzkumu ve významu: ano – vykonávám příslušnou preventivní činnost, aktivitu, popř. souhlasná odpověď, ne - nevykonávám příslušnou preventivní činnost, aktivitu, popř. nesouhlasím. Potřebám bakalářské práce byly stanoveny a vyhodnoceny následující dílčí oblasti prevence. Došlo tak k zjednodušení vyhodnocení. Pokud měl někdo z respondentů zájem, obdržel vyhodnocení vlastních odpovědí na třetí část dotazníku. Jednotlivé otázky dílčích oblastí jsou součástí práce jako příloha (viz. Příloha č. 1)

Oblast duševní hygieny

Dílčí výsledek vykonávaných preventivních aktivit byl pro tuto oblast nejnižší – **43%**. Otázky byly dále rozčleněny na skupiny:

Volný čas – otázky č. 6. a 11. Zde odpovědělo souhlasně 70% respondentů. Většina respondentů se ve volném čase věnuje koníčkům, zájmům apod.

Relaxace – otázka č. 12. Zde byla uvedena odpověď ano v nejnižším počtu z celé třetí části dotazníku. Relaxační techniky využívají pouze 3 respondenti, tj. 10%.

Organizace práce – otázky č. 9. a 10. V této skupině je opět velmi nízké skóre. Časový rozvrh a přestávky k odpočinku v zaměstnání dodržuje pouhých 20% respondentů

Oblast mezilidských vztahů

Tým – otázky č. 7. a 8. zodpovědělo kladně 75% respondentů. Vysvětlením může být, vzhledem k nižšímu věku, soudržné složení týmů většiny zařízení.

Sociální opora - otázky č. 13. a 14. 75% respondentů kladně hodnotilo vlastní sociální vztahy.

Celkem bylo v této oblasti kladně odpovězeno z **70%**.

Oblast vzdělávání a osobního rozvoje

V poslední oblasti bylo dosaženo nejvyššího hodnocení tj. **83%**, vliv na vysoké skóre mají: poskytování supervize v každém programu (vychází z povinností ve Standardách odborné způsobilosti), informovanost o problematice syndromu vyhoření (vzdělávací kurzy, semináře v oblasti adiktologie, se této problematice cíleně věnují) a další

vzdělávání (opět zakotveno ve Standardách odborné způsobilosti – každý zaměstnanec musí mít vypracován Individuální vzdělávací plán)

Informovanost o syndromu vyhoření – otázky č. 1. a 2. - 80%

Supervize – otázky č. 3. a 4. hodnota 100%.

Další vzdělávání – otázky č. 5. - 70%

Celková hodnota III. části dotazníku je **66%**. Tedy 66% respondentů uskutečňuje preventivní opatření týkající se syndromu vyhoření. Každý z účastníků výzkumu se mohl seznámit s výsledky vlastního testu a zjistit své rezervy v prevenci pro příslušnou oblast Největší deficit mají pracovníci v dodržování duševní hygieny v zaměstnání (rozvrh dne, přestávky, odpočinek) a v používání nějaké relaxační techniky. Lze jedinečně doporučit každému z respondentů zařadit relaxaci do svého života.

11 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI A OVĚŘENÍ STANOVENÝCH PŘEDPOKLADŮ

V úvodu jsem si stanovila cíl, zjistit syndrom vyhoření zjistit výskyt syndromu vyhoření u pracovníků v kontaktních centrech a terénních programech, tedy u osob, které pracují s drogově závislými. Praktická část popisovala metody a postupy výzkumu, a předložila získaná data. Výsledky výzkumu, který probíhal formou šetření pomocí dotazníku, přinesly odpovědi na stanovené předpoklady. Výsledky, které přinesl, odpovídají na otázky kladené na začátku mé práce. První předpoklad, že u více než 30 % osob pracujících s drogově závislými se vyskytuje syndrom vyhoření, nebyl výsledky výzkumu potvrzen. Rovněž druhý předpoklad, že více než 70 % osob pracujících s drogově závislými neuskutečňuje prevenci syndromu vyhoření, nebyl v takto vysoké míře potvrzen.

ZÁVĚR

Tématem této práce je syndrom vyhoření a jeho výskyt u lidí, kteří pracují v oblasti péče o uživatele drog. Syndrom vyhoření, označující emocionální, fyzické a psychické vyhoření, či vyčerpání, se objevuje u jedinců ve spojitosti s vykonáváním povolání, které si zvolili. Přestože jde nepochybně o závažný problém psychologicko-medicínský, ovlivňující kvalitu života postižených osob a jejich výkonnost v nejrůznějších profesích. Největší skupinou, která je středem zájmů odborníků, z hlediska četnosti výzkumů zabývajících se vyhořením jsou pomáhající profese. Úkolem pomáhajícího pracovníka je pomáhat lidem, pracovat pro ně. Důsledky, které v těchto profesích syndrom vyhoření přináší, jsou mnohem závažnější, protože ovlivňují vztah mezi pracovníkem a klientem. Ten, kdo pomáhá, působí na život toho, kterému je pomáháno. Neprofesionální, syndromem vyhoření ovlivněné jednání pracovníka, může v některých případech významně ovlivnit klientův život, jeho osobnost. Opačným směrem má zase vliv skupina osob, s kterou se pracuje. Autorka bakalářské práce vychází ze zkušenosti práce s drogově závislými klienty. Podle druhu zařízení, zabývajících se touto cílovou skupinou, se odvíjí další specifika práce a rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření. Jiné je to v zařízeních, které se zabývají přímo léčbou drogově závislých a jiné v nízkoprahových zařízeních, kde jde především o kontakt s drogově závislými a snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Do léčebných zařízení např. psychiatrické léčebny s odděleními pro léčbu závislostí, terapeutické komunity, programy ambulantní léčby, střediska následné péče apod., nastupují klienti převážně motivovaní k léčbě. Naopak do kontaktních center docházejí často klienti, kteří nechtějí měnit svůj stávající životní styl, nechtějí přestat užívat drogy, abstinovat. Cílem kontaktních center je v tomto případě působit na uživatele drog tak, aby se pokusili upravit alespoň aktuální zdravotní stav a sociální situaci. Spolupráce s klienty, kteří nejsou motivováni ke změně, je velmi těžká. Každodenní kontakt s touto realitou má vliv na vysoké psychické zatížení pracovníků kontaktních center.

Bakalářská práce se zabývá v teoretické části v první kapitole syndromem vyhoření, jeho definicí, rizikovými faktory, příznaky, jednotlivými fázemi a také diagnostickými metodami a léčbou syndromu vyhoření. Druhá kapitola se věnuje službám pro uživatele drog, jejich účelu a jednotlivým druhům a pracovníkům v drogových službách. Poslední kapitola teoretické části popisuje prevenci a podrobněji se věnuje supervizi. Hlavní cíl,

který byl stanoven a to: zjistit výskyt syndromu vyhoření u pracovníků ve službách pro uživatele drog, byl splněn.

Praktická část bakalářské práce se věnovala zpracování dotazníkového šetření. Základním těžištěm byl BM Pines dotazník, který byl doplněn o identifikační údaje a o část, která zkoumá, zdali pracovníci drogových služeb uskutečňují preventivní opatření proti syndromu vyhoření. Dotazníky byly předloženy pracovníkům kontaktních center a terénních programů.

Závěrem lze nastínit následující doporučení, jež vychází z výsledků výzkumu. Jak se tedy lze bránit syndromu vyhoření? Důležité je především, aby každý znal sám sebe, své vnitřní motivy k výkonu zvolené profese, své osobnostní rysy, což může ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Podmínkou je také osobní rovnováha, dobré mezilidské vztahy, duševní klid a pohoda. Při výkonu tzv. pomáhající profese by pracovníci měli mít možnost supervize, stálého vzdělávání, absolvování výcvikových programů, možnosti otevřeně o vyhoření hovořit a získávat tím nové poznatky, které pomohou jeho příznaky rozpoznat již v počátečních fázích. Uvědomění si jednotlivých projevů, sám na sobě, může být prvním krokem ke změně. Nezbyvá než znovu opakovat, že je velmi důležité znát podrobně problematiku syndromu vyhoření již při nástupu do určitého povolání, kterého se týkat. Seznámení s touto problematikou může být úkolem již při přípravě na určité povolání, během studia nejen úkolem různých vzdělávacích kurzů a seminářů. Také zaměstnavatelé mohou, již při nástupu nového zaměstnance, podniknout opatření a seznámit ho s problematikou syndromu vyhoření a především s praktickými doporučeními, jak mu předcházet.

.Podle výsledků lze také usoudit, že pracovníci v drogových službách termín „syndrom vyhoření“ znají, získali v průběhu vzdělávání i dostatek informací. Bylo by však vhodné, aby každý zaměstnanec v pomáhající profesi byl více seznámen s prevencí syndromu vyhoření. Zejména v oblasti duševní hygieny, se zaměřením na relaxaci, v zaměstnání na organizování pracovní doby a odpočinek.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HAWKINS, P., SHONET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.

HRDINA, P. 2003. *Harm Reduction - Snižování poškození drogami*. In: Kalina a kol:

Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky. s. 263 – s. 268.

KALÁBOVÁ, H., 2011. *Etika v pomáhajících profesích* 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 978-80-7372-749-9.

KALLWAS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I., 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. roz. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998. *Syndrom vyhoření*. 1 vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. 1.vyd. Praha: Avicenum.

KALINA, K. a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1 Mezioborový přístup*. 1.vyd.Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2 Mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

MATOUŠEK, O. a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1 vyd. Praha: Portál. ISBN-80-7178-548-2

MATOUŠEK, O. a kol., 2005. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

- MÍČEK, L. Duševní hygiena. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- MUSIL, L., 2004. „ráda bych Vám pomohla, ale“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. 1.vyd. Brno: Marek Zeman. ISBN -10: 80-903070-1-9.
- PRAŠKO, J., 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0185-5.
- RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY., 2006. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-81-1.
- Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Příloha č. 2 *Standardy kvality sociálních služeb*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2009 [vid. 24. 04. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
- Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách* Dostupné z: <http://www.cekas.cz/category/hlavni-nabidka/certifikace-rvkpp/dokumenty-pro-proces-certifikaci>
- STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠVINGALOVÁ, D., 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7372-105-8.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2009 [vid. 24. 04. 2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- Zaostřeno na drogy, 2008, roč. 6, č. 5. ISSN 1214-1089

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Etický kodex kontaktních center